

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1934

THÈSE

POUR

No
34

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

Mario MÉNDEZ

Né à Callao (Pérou), le 2 janvier 1909

LES
PROBLÈMES DE L'ENFANCE
AU PÉROU

Président : M. L. TANON, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1934

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1934

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

Mario MÉNDEZ

Né à Callao (Pérou), le 2 janvier 1909

LES

PROBLÈMES DE L'ENFANCE

AU PÉROU

Président : M. L. TANON, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1934

DOYEN... M. ROUSSY

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.....	PROUST.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale.....	DESGREZ.
Bactériologie	DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.....	CLERC.
Pathologie chirurgicale.....	MARION.
Anatomie pathologique.....	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LAIGNEL-LAVASTIN.
Pathologie expérimentale et comparée.....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie....	Maurice VILLARET.
Clinique médicale.....	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale...	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	LEMIERRE.
	LENORMANT.
Clinique chirurgicale.....	CUNÉO.
	GRÉGOIRE.
Clinique ophtalmologique.....	GOSSET.
Clinique urologique.....	TERRIEN.
	LEGUEU.
Clinique d'accouchements.....	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.....	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.....	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.....	SERGENT.
Clinique de la tuberculose.....	Léon BERNARD.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte.....	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire.....	MAUCLAIRE.
	MULON.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE.. Neurologie et Psychiatrie.
 AUBERTIN Pathologie médicale.
 BÉNARD (H.)... Pathologie médicale.
 BROcq Pathologie chirurgicale.
 BRULÉ Pathologie médicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CADENAT Pathologie chirurgicale.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHABROL Pathologie médicale.
 CHAILLEY-BERT. Physiologie.
 CHEVALLIER.. Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 DONZELOT Pathologie médicale.
 ÉCALLE Obstétrique.
 FEY Urologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 GATELLIER ... Pathologie chirurgicale.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie
 chirurgicale.
 GIROUD Histologie.
 HALPHEN..... Oto-rhino-laryngologie.
 HARVIER Pathologie médicale.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 HUTINEL Pathologie médicale.
 JOANNON Hygiène.

MM.

LABBÉ (Henri). Chimie biologique.
 LAROCHE (G.).. Pathologie médicale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 LÉVY-VALENSI. Neuro-psychiatrie.
 LIAN Pathologie médicale.
 MONDOR Pathologie chirurgicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET Pathologie chirurgicale.
 MOURE Pathologie chirurgicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 OLIVIER Anatomie.
 PIÉDELIEVRE . Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 QUÉNU Pathologie chirurgicale.
 RICHET Physiologie.
 SANNIÉ Chimie biologique.
 SÉZARY Dermatologie et Syphili-
 graphie.
 TROISIER Pathologie expérimentale
 et comparée.
 VALLERY-RADOT (Pasteur). Pathologie
 médicale.
 VAUDESCAL ... Obstétrique.
 VELTER Ophtalmologie.
 VIGNES Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

LEQUEUX Obstétrique.
 LEROUX Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.

MM.

RETTERRER Histologie.
 ZIMMERN Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.

ABRAMI	Clinique médicale.
CHIRAY	Clinique médicale.
DUVOIR	Clinique médicale.
BASSET	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU	Clinique chirurgicale.
HEITZ-BOYER ..	Clinique chirurgicale.

MM.

MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ ...	Clinique chirurgicale.
LE LORIER	Clinique obstétricale.
LÉVY-SOLAL ..	Clinique obstétricale.
METZGER	Clinique obstétricale.
GUÉNIOT	Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire	{	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les muti- lés de guerre et les infirmes adultes.
FREY		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT, agrégé		Éducation physique.
LEDoux-LEBARD		Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ		Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES TANTES ET ONCLES

A MA SŒUR

A MES FRÈRES

*En témoignage de ma profonde
affection.*

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR TANON

Professeur d'Hygiène
à la Faculté de Médecine de Paris
Professeur de Médecine Coloniale
Conseiller technique du Ministre de la Santé publique
Inspecteur général des Services techniques d'hygiène
à la Préfecture de Police
Officier de la Légion d'honneur

*Hommage de profonde et respectueuse
gratitude.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX
ET A LA FACULTÉ DE PARIS

LES PROBLÈMES DE L'ENFANCE AU PÉROU

Introduction.

Le Pérou présente une grande variété de climats, qui ne correspondent pas à sa latitude, ceci est dû d'une part à la présence de chaînes de montagnes et d'autre part au passage près de ses côtes d'un courant froid, dont l'origine est discutée. A cette diversité de climats s'ajoutent une grande variété de mœurs due à la complexité ethnique du pays. Le plus grand nombre des habitants, surtout dans les régions montagneuses, est de race indigène, qu'on a l'habitude d'appeler indiens ; avec la conquête espagnole entre un nouveau facteur racial, la fusion et la supplantation de la race indigène a été beaucoup plus complète dans la région de la côte ; puis pendant la période coloniale l'importation de nègres dans les haciendas de la côte pour remplacer les indiens, est venue ajouter encore un nouveau facteur racial, enfin l'immigration de 90.000 chinois de 1850 à 1874 pour remplacer les esclaves affranchis, introduisit un élément nouveau de mélange. Cette complexité racial et géographique fait que souvent les mesures prises pour une région sont complètement différentes de celles nécessaires pour une autre. Des difficultés dans son application surgissent encore

du fait de la faible densité de population du pays, l'une des plus faibles du monde, actuellement on évalue le chiffre de la population à 6.500.000 pour une extension territoriale de près de 1.800.000 kilomètres carrés.

Ceci peut expliquer en partie les mauvaises conditions sanitaires du pays pendant la période coloniale. Nous donnons les chiffres de population sous l'empire des Incas et sous la domination espagnole, ils reflètent les conditions sanitaires du pays pendant cette période ; d'après l'historien Lorente la population était de 10.000.000 à l'arrivée des conquérants espagnols dans l'année 1532. Dans un recensement fait en 1791 par le vice-roi Fray Gil de Taboada on trouve à peine une population de 1.076.122. Même en considérant ces chiffres comme extrêmement faibles, on voit que la diminution de la population a été énorme pendant cette période, les causes doivent être cherchées dans les mauvaises conditions de travail, dans le déplacement des habitants des montagnes vers la plaine, mais surtout dans les maladies importées et le mauvais état sanitaire du pays, dont on trouve l'écho dans les écritures de l'époque. Cependant les lois et les arrêts des monarques espagnols pour la création d'hôpitaux et assistance aux indigents ont été nombreux, mais dans la plupart des cas les mesures n'étaient exécutées que très incomplètement.

Pendant les années de république, depuis le premier corps sanitaire, créé par Santa-Cruz en 1826, nombreuses ont été les mesures sanitaires prises, mais les

résultats ont été jusqu'ici beaucoup moins complets qu'ils pourraient l'être. Cependant les quelques données qui existent semblent indiquer un accroissement assez rapide de la population.

Causes et moyens d'éviter la mortalité infantile.

Nous avons signalé les variations du nombre d'habitants au Pérou et sa très faible densité de population actuelle, malgré des indices de natalité élevés ; une des causes, et très probablement la principale, doit être cherchée dans la mortalité infantile élevée ; les chiffres sont de beaucoup supérieurs non seulement à ceux qu'on pourrait obtenir par l'application des mesures d'assistance et de protection, mais encore restent parmi les plus élevés du monde. Dans les registres de la direction de salubrité publique on trouve qu'à Lima, dont la population actuelle ne dépasse pas 400.000 habitants et a été moindre durant les années antérieures, il y a eu de 1901 à 1920 près de 20.000 décès parmi les enfants de 0 à 12 mois ; dans la même époque on trouve dans les registres de cimetières que l'on a enterré environ 700 fœtus par an, ce qui porterait le chiffre total à 33.000 morts avant la première année ; cependant il faut signaler que dans ces dernières années on a observé une diminution assez nette de la mortalité infantile ; en 1920 le pourcentage de décès parmi les enfants de 0 à 12 mois était d'un peu moins que

24 %, tandis qu'en 1930 ce pourcentage est tombé à 15 % environ ; il faut remarquer cependant qu'en 1925 la mortalité fut aussi forte qu'en 1920.

Dans les maternités actuellement on évalue à 6 % le nombre de mort-nés et à 3 % celui des décès dans les 3 premiers jours, les pourcentages les plus élevés s'observent, de même que pour la mortalité maternelle, quand l'âge de la mère ne dépasse pas vingt ans.

Tous ces chiffres ont été pris dans les registres de Lima ; dans le reste de la République la culture de la population étant moindre le contrôle en est plus difficile, cependant on a des raisons pour penser que les chiffres sont plus élevés.

En examinant les causes, on trouve que parmi les maladies qui figurent avec les pourcentages les plus élevés, la plupart sont des maladies évitables.

Nous examinerons d'abord les maladies propres à l'enfant ou dont la prévention offre des particularités ; ensuite dans un autre groupe, nous verrons celles dont la lutte ne peut être séparée de celle de la protection de la population en général.

Chez les nourrissons, les troubles gastro-intestinaux sont des causes importantes de décès ; en 1920 l'évaluation des décès était de 8 %, alors qu'en 1930 elle n'est plus que de 4 %. Cependant comme pour beaucoup d'autres maladies on a vu une diminution à partir de 1930, puis une recrudescence vers 1925 date après laquelle elle rediminue jusqu'en 1930.

Les causes sont difficiles à séparer, dans les certifi-

cats de décès, on oublie fréquemment de signaler le genre d'alimentation et les causes possibles des troubles. On observe une coïncidence du maximum des décès avec l'époque de chaleur, de décembre à mars.

Dans la prophylaxie il faut insister surtout sur la nécessité de multiplier les dispensaires, faire une propagande de culture sanitaire, éduquer les mères sur l'utilité de consulter périodiquement et de ne pas attendre l'apparition des troubles pour le faire. Au cours de cet exposé nous aurons souvent l'occasion d'insister sur le besoin de l'organisation du service social au Pérou.

Les maladies de l'appareil respiratoire, en dehors de la tuberculose, sont aussi en assez forte proportion des causes de mortalité ; seulement pour la bronchopneumonie on trouve un pourcentage de 1,86, un peu moindre pour la pneumonie, les bronchites et les formes respiratoires de la grippe. Il faut cependant remarquer que dans bien des cas, à la demande des familles on cache la tuberculose avec l'une de ces étiquettes. Il n'y a rien à dire sur la prophylaxie qui ne soit pas classique.

Dans les morts par méningite on trouve un pourcentage de 0,76, mais dans ce chiffre sont souvent incluses des méningites de nature tuberculeuse ou syphilitique, pour des préjugés d'ordre social. Les moyens de prophylaxie ne présentent aucune particularité au Pérou.

A Lima, les décès dus aux maladies infectieuses, sauf le paludisme, sont en faible proportion, par

contre nous verrons ultérieurement que la variole et le typhus exanthématique sont parmi les causes les plus importantes de mortalité dans les régions de montagne.

A Lima, pour la coqueluche, la diphtérie et la rougeole on trouve un pourcentage de 0,28 pour l'ensemble.

Le tétanos y est très rare, mais par contre dans d'autres régions de la côte et dans certaines de la montagne le tétanos ombilical est encore très fréquent.

On trouve un pourcentage de 3 pour l'ensemble d'autres maladies et la débilité congénitale, dans ce dernier cas, la fatigue de la mère joue un rôle important dans son étiologie. Aussi il faut veiller au repos de la mère dans les mois qui précèdent et suivent la date de l'accouchement, par des mesures d'ordre social. A ce propos il faut signaler l'importance des mesures, de même ordre, pour éviter l'abandon des enfants et l'infanticide. Enfin il faut ajouter à ces chiffres 2 % des enfants morts sans assistance médicale.

Dans les autres maladies la protection se confond avec celle de l'adulte, pour la tuberculose le problème pourrait sembler différent, mais aujourd'hui on admet de plus en plus que la tuberculose de l'adulte n'est qu'un réveil de celle contractée pendant l'enfance. Déjà Béhering avait dit : « La tuberculose n'est que l'épilogue d'un drame commencé au berceau ». La protection de l'enfance ne signifie pas seulement la protection pendant quelques années de la vie, son influence se fait sentir dans toute l'histoire de l'individu et celle de la population en général. On est

mieux armé depuis la découverte du B. C. G. par le génie de Calmette et de son collaborateur Guérin. Après avoir donné quelques chiffres qui reflètent l'énorme étendue du fléau, surtout à la capitale, nous insisterons sur l'importance de l'application systématique du B. C. G. Au Pérou plusieurs auteurs se sont fait les défenseurs de la méthode, surtout, Ego et Aguirre Krumdieck.

Dé son côté le gouvernement, en 1929, dans un décret, recommandait à l'Institut national de vaccination et de sérothérapie la préparation et la propagation du B. C. G. ; les lieux d'application seraient les maternités et les autres centres d'assistance. Mais tout ce qui a été fait jusqu'aujourd'hui est insuffisant, la mortalité par tuberculose à Lima reste parmi les plus élevées du monde ; on calcule que chaque année meurent 10 habitants pour 1.000. Sur 15 % de décès chez les enfants la tuberculose est responsable de 4 %, mais il faut noter que dans de nombreux cas cette étiologie n'est pas consignée dans les certificats de décès.

La façon dont se distribue la maladie à Lima a été étudiée par S. Nicolas au moyen de la cuti-réaction à la tuberculine, ses recherches ont porté sur 800 enfants de 0 à 15 ans, cliniquement bien portants et appartenant à différentes classes sociales. Comme cela se voit normalement, la fréquence de réactions positives diminue avec l'âge : 40,5 % de 2 à 5 ans et 61 % de 5 à 10 ans, vers la quinzième année on trouve 75 %.

Les enfants ont été répartis en plusieurs groupes, dans un premier groupe on classe les enfants qui ont

des antécédents tuberculeux mais qui vivent en bonnes conditions hygiéniques, ils fournissent un peu plus de 290 de réactions positives, soit 29,9 %.

Dans un deuxième groupe on classe les enfants sans antécédents mais qui cohabitent avec des tuberculeux, avec une mauvaise hygiène, ils donnent 31 % de réactions positives.

Dans un troisième groupe on classe ceux qui n'ont pas d'antécédents et ont une bonne hygiène, mais ont eu des maladies anergisantes, ils fournissent 28 % de réactions positives. Dans le reste on ne trouve aucun des facteurs précédents. D'autre part on trouve une plus forte proportion de réactions positives chez les garçons que chez les filles, surtout à partir de 10 ans. Au point de vue de la distribution le pourcentage arrive à 70 dans les quartiers surpeuplés, tandis qu'il ne dépasse pas 8 dans la banlieue et dans les nouveaux quartiers bien aérés et comprenant de nombreux jardins ; mais ici entrent en ligne de compte non seulement l'habitation, mais encore d'autres facteurs d'ordre social. Enfin à la campagne la tuberculose est rarissime et ne dépasse pas 1 %.

De ces chiffres il ressort que les facteurs de contamination sont avant tout, pour l'individu, la cohabitation avec des tuberculeux et pour les agroupements, les quartiers surpeuplés. D'autre part les mauvaises conditions d'hygiène, les maladies anergisantes, etc., enfin ce sont les garçons qui sont les plus exposés.

Contrairement à la plupart des autres maladies, la

tuberculose est plus rare dans les autres régions de la République, dans les villes côtières elle diminue avec la densité de la population; les villes très haut situées sont à peu près épargnées. Il faut signaler que c'est parmi les Indiens transplantés des régions montagneuses que le mal fait le plus de ravages.

Pour lutter contre la tuberculose au Pérou, il faut insister, avec les auteurs qui s'en sont occupés, sur la nécessité d'orienter la campagne antituberculeuse davantage vers la prévention que vers le soin des malades, en fondant de nouveaux préventoriums, colonies maritimes, habitations ouvrières, etc., ceux qui existent appartiennent aux œuvres de bienfaisance et ne sont pas suffisantes. La création de nouveaux doit incomber au gouvernement. L'application systématique du B. C. G. non seulement aux enfants qui cohabitent avec des tuberculeux mais aussi à ceux qui habitent des quartiers surpeuplés, et dont le logis présente de mauvaises conditions hygiéniques, puis enfin à ceux dont le poids est au-dessous de la normale; pour obtenir les résultats que la méthode peut donner, il serait nécessaire de classer la tuberculose parmi les maladies à déclaration obligatoire; d'autre part, établir la vaccination et la séparation préventive nécessaires, obligatoires. Ceci ne pourrait pas se faire sans la création de pouponnières, crèches spéciales; au point de vue économique, que le placement soit à la charge de la famille ou de l'Etat, il sera toujours plus avantageux que de soigner les malades pendant des années.

Le paludisme est aussi un des facteurs importants de mortalité. A Lima, de 1915 à 1923, il a causé un millier de décès environ, chez l'enfant la mortalité est aussi élevée, mais beaucoup de convulsions d'une autre étiologie sont classées parmi les formes pernicieuses. En dehors de la capitale, le paludisme est plus fréquent, surtout dans les régions rurales. Dans la côte on calcule à 100.000 le nombre des paludéens, il n'y a que les villes très haut situées dans la Cordillère qui sont épargnées. L'anophèle existe dans des villes comme Matucana située à 7.800 pieds. Ici encore signalons que la majorité des cas se rencontrent dans la race indienne. Parmi les facteurs qui ont un rôle important dans la multiplication et la propagation de l'anophèle au Pérou se trouve la mauvaise distribution des eaux d'irrigation qui forment de nombreux marécages, certaines cultures ont besoin que l'eau soit apportée par inondation. Enfin dans les régions rurales, il faut signaler la mauvaise condition des habitations, qui rend la protection contre le moustique impossible.

Dans la lutte antipaludéenne il faut faire ressortir l'importance de la collaboration des agriculteurs avec le gouvernement, l'exploitation et l'intensification de l'industrie de la quinine, étant donné son abondance dans le pays.

Une commission *ad honorem* a été créée par décret, en 1932, pour établir un projet de lutte dans la région rurale, elle est formée par le directeur de salubrité publique, par le professeur titulaire de la chaire d'hygiène de la faculté, par un ingénieur de la direction

des eaux, un ingénieur de la direction de l'agriculture et un délégué de la Société nationale d'agriculture.

De son côté le service de santé militaire fait une campagne de destruction des gîtes à larves d'anophèles, surtout dans la vallée du Rimac. L'organisation comprend, en plus d'un ingénieur et d'un fonctionnaire du service géographique, une commission exécutive formée par une section d'exploration, une section de dépistage de gîtes à larves, et une section de destruction ; les moyens employés sont la pétrolisation, la pulvérisation et d'autres larvicides.

La considération du paludisme comme accident de travail a été discutée, la loi de 1911 ne donne droit à aucun pourcentage d'invalidité ; le premier congrès de médecine a émis un vœu pour qu'on examine le problème.

La syphilis. — Malgré les chiffres très bas qui figurent dans les statistiques démographiques, on trouve que seulement 0,36 % de décès dans la première année sont dus à l'hérédo-syphilis, cependant que le fléau est considérablement étendu, beaucoup d'auteurs considèrent qu'il est la cause principale de mortalité dans les deux premières années.

Tout chiffre, même approximatif, est difficile à obtenir, en effet, la fâcheuse tendance de considérer la syphilis comme une maladie honteuse, amène les familles à demander aux médecins de mettre une autre étiologie dans le certificat de décès.

On ne pourra avoir des statistiques exactes que le

jour où la déclaration de la syphilis sera obligatoire, ou du moins pour les médecins l'obligation d'indiquer périodiquement le nombre de malades qu'ils ont en traitement.

Nous n'insisterons pas sur les causes de la propagation, qui varient peu d'un pays à l'autre, nous signalons seulement le grand rôle que joue le manque d'éducation médicale et d'autre part on a accusé le service militaire obligatoire comme une cause puissante de dissémination. Plusieurs auteurs dans un projet de loi de salubrité, présenté en 1926, ont fait remarquer que parmi les conscrits qui sortent pour la première fois de la caserne, au bout d'un mois, 27 % revenaient contaminés, mais dans ce cas il faut incriminer plus la prostitution clandestine que le service militaire. La plupart des cas ne sont avoués qu'à l'apparition de lésions incompatibles avec le travail et souvent après un traitement léger étaient réformés, de cette façon après avoir été un facteur de contamination dans la caserne ils le devenaient dans la ville. Mais il faut remarquer que dans ces dernières années par des mesures prophylactiques, on a vu tomber le pourcentage des atteints à 8 %.

Donc au Pérou, la lutte antivénérienne se présente surtout comme un problème d'éducation ; à ce propos il faut remarquer l'influence néfaste des guérisseurs ; quelquefois c'est l'ami qui croit avoir une expérience suffisante, d'autres fois c'est le pharmacien, mais ceux qui avaient le rôle le plus important de par le nombre des sujets qu'ils traitaient, étaient les

herboristes chinois. Au début, l'évolution normale de la maladie donne aux patients l'illusion d'être bien traités, ceux-ci négligent tous les autres soins.

Les autres causes n'offrent pas de particularité au Pérou, ce sont les mêmes arguments que dans d'autres pays, qui ont amené plusieurs médecins à demander la déclaration obligatoire, ainsi que le traitement et l'isolement forcé en cas de refus de se soumettre au traitement, mesure qui est importante de par l'étendue de la prostitution clandestine. Le délit de contagion vénérienne n'existe pas au Pérou, la prostitution est réglementée.

La variole qu'on ne trouve presque plus sur toute l'étendue de la côte et dans les principales villes des montagnes, sévit surtout chez les pâtres et les paysans qui sont éloignés des grandes villes. Elle n'en reste pas moins une cause importante de mortalité dans toute la région des montagnes. Il n'existe pas de statistique exacte. La plupart des cas se présentent dans des régions où l'assistance médicale est très insuffisante. La lutte antivariolique se résume dans la vaccination. Pour pouvoir l'appliquer dans la région où la variole sévit il est nécessaire de faire une campagne de propagande, en outre il faut augmenter le budget de l'Institut de vaccination ; cependant l'application est rendue très difficile par le genre de vie des habitants des régions montagneuses et le nombre réduit des vaccinateurs. Plusieurs auteurs ont insisté sur l'avantage de créer des corps de vaccinateurs dans l'armée,

Le typhus exanthématique sévit au Pérou dans les mêmes régions que la variole ; ces deux maladies, avec d'autres fièvres éruptives, sont les causes principales de mortalité dans les montagnes. On calcule à 20.000 le nombre des décès, par année, dus à l'ensemble du typhus et de la variole ; mais dans ce chiffre le plus grand nombre de décès est fourni par le typhus ; ici la prévention étant presque exclusivement une question de culture et d'éducation sanitaire, est plus longue et plus difficile ; on a proposé des commissions de dépouillement, mais l'application de cette mesure serait bien difficile, une campagne intense d'éducation aurait de meilleurs résultats.

La peste actuellement n'a qu'une place peu importante dans les chiffres de mortalité, cependant depuis son apparition en 1903 jusqu'en 1923 il y a eu 16.000 cas environ, dont un peu plus de la moitié ont été mortels.

La maladie de Carrion sévit au Pérou seulement dans certaines vallées du versant occidental des Andes, bien qu'on considère son pronostic comme très grave, la mortalité qui lui est due se perd dans les chiffres énormes des autres maladies. Les formes des enfants sont en général bénignes, la prophylaxie est difficile, on recommande de quitter les lieux contaminés avant la tombée de la nuit. Plusieurs auteurs avaient remarqué, et dernièrement Ribeyro a insisté, sur le fait que les cas mortels sont presque toujours dus à l'association du bacille paratyphique B, d'où le besoin de

vacciner contre ce bacille les personnes qui sont astreintes de rester dans les régions verruqueuses.

* * *

De cette étude succincte il ressort que si la mortalité est très élevée au Pérou, elle est due dans sa majorité à des maladies évitables, 50 % des décès sont dus à l'ensemble du paludisme, de la variole, du typhus et de la peste ; toutes ces maladies seraient influencées par une campagne sanitaire ayant un résultat immédiat ; d'autres, comme la tuberculose et syphilis, demandent une lutte qui pour être plus longue ne doit pas être moins intense. Enfin la mortalité dans la première année, par maladies du tube digestif est énorme et cependant la plupart pourraient être évitées, l'éducation des mères, l'établissement du système d'infirmières visiteuses seraient des moyens efficaces.

Nous avons parlé des maladies les plus courantes dans la côte et la sierra, il nous resterait à parler de la région des forêts, habitées en grande partie par des tribus à l'état primitif. Les statistiques manquent à peu près complètement, on sait seulement que le paludisme, le Pian, les leishmanioses et le parasitisme intestinal prédominent. En résumé nous pouvons dire avec les auteurs qui se sont occupés de la question, qu'il faut une politique sanitaire orientée plus vers la prophylaxie que vers l'assistance des malades, une campagne intense d'éducation sanitaire et une plus grande coordination des efforts.

La période scolaire.

Dans cette étude nous ferons un résumé des idées modernes sur la protection des écoliers, nous laisserons de côté d'une part l'étude des conditions hygiéniques des locaux et d'autre part les problèmes pédagogiques. Ces études appartiennent plus à d'autres branches qu'à la médecine elle-même.

La protection de la santé des écoliers a son importance non seulement au point de vue des conditions physiques, mais aussi au point de vue de l'avenir intellectuel du pays. Beaucoup d'anomalies psychiques chez les écoliers trouvent leur explication dans l'état du corps de l'enfant. Pour Alfred Binet l'état de santé est sous la dépendance de la synthèse des quatre qualités principales : l'absence de prédispositions morbides, les unes décelables, les autres non décelables ; absence d'un état actuel de maladie ou de séquelles d'une affection chronique antérieure ; la tolérance aux écarts de régime et la longévité. Ces qualités sont complétées par la force physique, sous la dépendance de deux ordres de facteurs ; d'un côté le développement corporel et la quantité de travail qu'un individu est capable de produire en un temps donné, et d'autre

part la résistance à la fatigue. L'état physique est en rapport avec l'état de santé et donne sa mesure, ceci valable pour le groupe est critiquable pour l'individu. Parmi les facteurs qui peuvent altérer l'état de santé, quelques-unes des prédispositions morbides héréditaires peuvent être décelés par l'examen anamnésique et permettent l'application de mesures de protection, que ce soit une hérédité de prédisposition comme dans la tuberculose ou une hérédité de graine comme dans la syphilis ; dans ces cas les moyens actuels de protection permettent une action efficace. Pour certaines tares dues à l'alcoolisme, à l'épilepsie, à une hérédité psychique chargée, si on ne peut les supprimer on peut appliquer des mesures pour atténuer leurs conséquences, d'autre part les conditions de sensibilité de l'organisme aux agents pathogènes varient, soit vers le sens de la résistance sous l'influence de maladies, apparentes ou cachées, contractées antérieurement ou par des causes qui nous échappent, liées peut-être à l'évolution du chimisme propre à chaque organisme et subordonné aux lois de l'hérédité ; soit vers le sens de diminution de la résistance sous l'influence de troubles physiologiques qui peuvent être héréditaires. Ainsi à chaque instant de l'évolution de l'individu, à côté des facteurs acquis, dont on peut connaître en partie l'influence sur la sensibilité de l'organisme aux agents pathogènes, se placent les facteurs héréditaires dont la complexité des caractères ne permet pas toujours de déceler les prédispositions morbides qui lui sont dues.

La recherche des prédispositions morbides doit être précédée de l'examen qui permettra de déceler les maladies actuelles ou de constater leur absence. Cet examen doit être fait non seulement périodiquement en l'absence de troubles ou à l'apparition de désordres physiques, mais aussi chaque fois que l'enfant présente des anomalies psychiques.

D'après Holt, la surveillance médicale, réservée à une organisation spéciale, doit comprendre d'une part l'inspection de bâtiments et d'autre part l'examen des écoliers pour dépister les anormaux, c'est-à-dire ceux qui présentent des tares physiques ou mentales, et pour découvrir les maladies infectieuses ou parasitaires qui interdisent la promiscuité avec des enfants sains.

Parmi les troubles les plus fréquemment observés à la période scolaire se trouve l'état de dénutrition, fréquent même dans des pays où la protection de l'enfant est poussée, comme dans les États-Unis, où cet état existe chez 20 % des écoliers. Au Pérou Yori, s'est attaché à déterminer la fréquence des diverses maladies qui peuvent atteindre les enfants qui assistent aux écoles. Les statistiques de Yori, bien que faites avec beaucoup de soins n'ont porté que sur des enfants de la capitale et sur un nombre restreint ; la complexité des facteurs raciaux et la grande variété des climats du Pérou font supposer que les variations doivent être grandes d'une région à l'autre. Mais les statistiques des autres endroits de la République manquent. Pour la dénutrition en appliquant l'échelle de Dumferline qui classe les enfants en quatre groupes ;

il constate que dans le premier, où se trouvent ceux des enfants qui ont une nutrition excellente, le pourcentage est de 11,94 ; tandis que dans le deuxième groupe, chez ceux qui ont un bon état de nutrition, le pourcentage est de 50 ; s'élève à 76 dans le troisième chez ceux dont l'état demande une surveillance et dans le quatrième, chez ceux qui ont besoin d'un traitement médical, le pourcentage ne dépasse pas 4. Si certains des symptômes comme la fatigue, l'inattention, l'irritabilité, la diminution du poids peuvent être décelés par l'instituteur, le diagnostic et les mesures à prendre doivent rester exclusivement du domaine du médecin scolaire. Dans la recherche des causes, le travail du médecin doit être complété par celui des infirmières visiteuses, qui s'attacheraient à déceler le rôle des facteurs sociaux qui pourraient être en cause.

Les végétations adénoïdes, l'insuffisance respiratoire sont des causes de fatigue et de troubles circulatoires, avec leurs conséquences déplorables, une hygiène physique et surtout une gymnastique respiratoire font disparaître, dans un grand nombre de cas, les causes de paresse des écoliers. Chez les écoliers Péruviens les amygdales palatines ne sont normales que chez 36 % des enfants.

Le pourcentage des troubles des différents appareils, chez les écoliers péruviens, est à peu de choses près, dans les moyennes des autres pays, pour l'appareil respiratoire on trouve un cinquième avec des signes de bronchite sans étiologie précise et 2 % avec des

signes de condensation. Du côté de l'appareil circulatoire 4 % présentent des modifications des bruits. Du côté de l'appareil digestif, le trouble le plus fréquemment observé est la constipation chronique, qui existe chez 14 % des écoliers, les troubles somatiques qu'elle détermine et même son influence sur l'état mental, font qu'il est important de la dépister et de la traiter. Les amygdales pharyngiennes sont hypertrophiées chez 4 % des enfants. Du côté de la dentition, on trouve qu'elle est normale seulement chez 21 % des enfants. Chez les autres il existe des altérations de gravité variable ou un manque d'hygiène dentaire. D'une part le grand nombre d'enfants atteints et d'autre part le fait que beaucoup de troubles ont leur origine dans les altérations dentaires, font qu'on doit attacher une grande importance à son traitement, au moyen de la création de consultations dentaires en nombre suffisant et en insistant auprès des parents du danger qu'il y a à laisser évoluer les lésions.

Le bilan de l'état de santé doit être complété par l'examen anthropométrique, on établira des fiches où seront consignés la taille, le poids, le périmètre thoracique, la capacité vitale, l'indice Pignet $T-(P + pt)$, le segment anthropométrique de Bouchard, soit le rapport du poids en kilogrammes sur la taille en décimètres, mais ce qui est important ce ne sont pas les chiffres absolus, mais leur moyenne. Au Pérou les habitants étant de plusieurs races, il faudrait faire des tableaux de moyennes pour chacune d'elles, mais la structure géographique compliquée du pays fait que

les moyennes d'une région ne puissent être valables pour toutes les autres : ainsi chez les habitants des régions montagneuses, le périmètre thoracique est très grand, de cette façon les chiffres que chez l'enfant qui habite la plaine sont normaux, indiqueront une insuffisance chez l'enfant qui habite les régions élevées. Ceci a encore plus d'importance pour les chiffres de capacité vitale ; ceux-ci d'après Alfred Binet sont ceux qui se rapprochent le plus de la moyenne des autres. Mais même pour les enfants des villes bas situées on ne doit pas employer les moyennes établies dans d'autres pays, même celles des autres pays sud-américains ; si les éléments raciaux qui les constituent ont une origine commune, ils ne sont pas les mêmes. Déjà les pédiâtres s'étaient aperçus que les moyennes de la taille et du poids prises dans les tables étrangères ne correspondaient pas aux chiffres trouvés chez les enfants du Pérou. Les tables qu'a fait Sinclair au Pérou pour les deux premières années de la vie, bien que faites avec beaucoup de soin, ont l'inconvénient d'indiquer à la fois les moyennes de trois races, celles faites par Yori pour l'âge scolaire ont le même inconvénient. Ainsi au Pérou, au point de vue anthropométrique, il faudrait faire des tables non seulement pour chaque race, mais aussi pour chaque région, étant donné qu'il y a à côté des villes situées au niveau de la mer d'autres qui sont hautes jusqu'à plus de 4.000 mètres.

Enfin l'examen du corps de l'enfant devra être complété par l'étude de la vision et de l'audition. Pour la

vision, les chiffres d'anormaux sont très élevés dans les divers pays, mais variables suivant les auteurs, d'autre part on constate qu'il existe un plus grand nombre d'arriérés parmi les myopes, dont le nombre pourrait diminuer par la correction de troubles. Si l'instituteur peut indiquer ceux des enfants qui pourraient présenter des troubles, l'examen proprement dit doit rester exclusivement du domaine du médecin.

Les troubles de l'audition sont aussi une cause de retard dans les études, si la mesure du degré des troubles de la vue est relativement facile, par contre celle des troubles de l'ouïe est assez compliquée, les moyens simples, comme la détermination de la distance à laquelle peut être écouté le tic-tac d'une montre, donnent des résultats très variables suivant les enfants, allant de 0,25 à 6 mètres, et d'autre part, ce qui est important de considérer en classe c'est la voix du professeur. Il n'existe pas de parallélisme avec la montre, mais la voix du maître ne peut pas être non plus employée comme excitant puisque ni l'intensité, ni le timbre, ni l'articulation sont constantes. Il faudrait des phonographes ou des accoutomètres qui sont compliqués et coûteux. Mais à défaut de mesures exactes, chaque fois que l'instituteur soupçonnera des troubles de l'ouïe il pourra prendre des mesures simples comme de placer l'enfant près de la chaire et d'autre part il devra lui-même veiller à sa propre manière de parler.

Aux enfants sains s'opposent, en plus de ceux qui ont des affections organiques, les anormaux psychiques.

A défaut de critérium psychologique de l'individu normal, M. Heuyer a montré que la notion importante à acquérir était celle du critérium social de l'adaptation. Il appelle enfants anormaux ceux qui sous l'influence de tares, le plus souvent héréditaires, présentent des défauts constitutionnels d'ordre moral et intellectuel. D'après Heuyer les deux éléments principaux qui doivent être mis en évidence dès l'école sont l'arriération et la nocivité.

Les médecins scolaires qui auront à se prononcer sur les cas soumis, procéderont, d'après Heuyer, à un examen comportant les points suivants :

a) Faire un diagnostic précis de l'anomalie mentale (arriération scolaire simple, due à l'insuffisance de l'école ou à un mauvais état de la santé physique passager, débilité intellectuelle, perversion instinctive, instabilité).

b) Préciser la qualité et la quantité de l'arriération et du déficit, grâce à des tests psycho-pédagogiques et avec la collaboration de l'instituteur.

c) Rechercher la cause de l'anomalie, le plus souvent familiale et sociale, alcoolisme, syphilis, etc., par une enquête auprès de la famille et des personnes pouvant donner des renseignements.

d) Proposer un traitement médical, s'il est possible, et désigner les mesures spéciales selon la catégorie du déficit mental (classe de répétition pour les arriérés par insuffisance d'école, pour les arriérés par chétivité physique école en plein air, école de perfectionnement

pour les débiles intellectuels, école de réforme pour les pervers).

Heuyer propose la création de centres de consultation spéciaux où les enfants suspects d'anomalies mentales seraient envoyés par les médecins inspecteurs ou l'instituteur. Le dépistage des enfants anormaux doit commencer le plus tôt possible; d'après M. Collin c'est de trois à six ans, dans les écoles maternelles, que le dépistage pourra se faire avec toute la précision nécessaire.

Au Pérou, le nombre d'anormaux psychiques reste dans les moyennes des autres pays. Yori avec la technique conseillée par Termon et avec des tests adaptés par Bouroncle et Ponce Rodriguez trouve, en appliquant l'échelle des chiffres obtenus en divisant l'âge mental et l'âge réel, sur un examen pratiqué sur 57 enfants : 10 % de supérieurs, 68 % dans la normale, 15 % d'arriérés, 5 % à la limite de la normalité. Les tares pathologiques appréciables chez les supérieurs existaient chez 2 sur 6 des enfants, soit 33,33 %. Chez les enfants normaux, elles existaient chez 24 sur 39, soit 61,53 %. Chez les arriérés elles existaient chez 6 sur 9 enfants, soit 66,66 %. Chez les enfants à la limite de la normalité elles existaient chez 3 sur 3 des enfants.

Le régime tutélaire.

Bien qu'au Pérou le nombre des enfants abandonnés ne soit pas très grand, le problème n'en est pas moins important ; dans le régime actuel, existent pour la protection des enfants abandonnés, d'une part, les orphelinats, d'autre un établissement, qui fonctionne en partie comme prison, pour les enfants abandonnés matériellement et moralement en état de danger ou qui ont commis des actes antisociaux. Plusieurs auteurs se sont élevés contre ce système et ont indiqué ses inconvénients. Dans notre exposé nous avons surtout en vue les articles de Bambaren et Pardo Lezameta.

Les médecins qui se sont occupés de la question tiennent en vue surtout l'importance de la transformation du système de réclusion des établissements actuels, en un autre plus d'accord avec les tendances modernes sur l'éducation de l'enfance, et qui se rapprocherait davantage du foyer familial.

Déjà le nom de l'établissement actuel est en désaccord avec le rôle qu'il doit jouer, on a proposé celui plus approprié de foyer infantil, non pas comme formule purement nominative, mais pour que les mineurs qui se trouvent en état de danger, par manque d'un

foyer ou parcé que celui-ci ne réunit pas les conditions éthiques et l'ambiance spirituelle qui doit exister normalement dans le foyer familial, sont pris par l'Etat afin de leur donner en forme artificielle un foyer familial duquel l'établissement de protection doit s'approcher le plus possible.

Au point de vue de l'éducation le système actuel de la porte fermée a de graves inconvénients, d'une part les cours sont faits par un personnel dont le rôle a été toujours la surveillance et dont le moindre qu'on puisse dire est qu'il n'a pas assez de compétence pédagogique pour bien réaliser sa tâche délicate et d'autre part les enfants après des années de réclusion, avec une éducation insuffisante, ne connaissant de la vie autre chose que ce qui peut passer à travers les murs de leur prison, s'adaptent mal au contact de la ville. Pour parer à ce danger, Pardo et Bambaren proposent le système de la porte ouverte et la présence des enfants aux écoles de l'Etat; ils assisteraient d'abord sous la surveillance des employés, puis il serait possible de supprimer la surveillance. Mais il faut remarquer que ce système ne pourrait avoir de bons résultats sans amélioration et adoucissement du régime intérieur; d'autre part il ne faut pas perdre de vue que certains des enfants, qui s'y trouvent, ont commis des actes antisociaux. Dans la majorité des cas la cause doit être cherchée dans le milieu et dans l'état d'abandon moral et matériel où ils ont vécu. Mais, à côté de ces cas, il en existe certainement d'autres dans lesquels la genèse des actes délictueux se trouve dans la constitu-

tion psychologique et les tares mentales héréditaires propres à l'enfant. Il est évident que sans une discrimination profonde des facteurs génésiques du délit, il est dangereux de laisser la liberté à tous les enfants.

Dans l'apprentissage d'un métier, le régime de la porte ouverte est aussi important que pour l'assistance à l'école ; les auteurs que nous avons mentionnés, ne voient aucune incompatibilité entre l'assistance à l'école et à l'atelier ou à l'usine ; suivant le métier choisi par l'enfant, l'assistance aux ateliers extérieurs sera plus ou moins nécessaire, puisque pour certaines professions les ateliers de l'établissement suffisent et qu'ainsi le travail pourrait être dirigé plus vers l'instruction que vers la production. Et de plus cela permettrait de leur donner un plus grand nombre d'heures d'instruction scolaire ; et ce ne serait que plus tardivement, lorsque l'enfant aurait une instruction professionnelle et générale suffisante, qu'on l'autoriserait à travailler dans les ateliers de la ville. Pour d'autres métiers, où la présence à l'usine est nécessaire, le nombre d'heures de travail devra être restreint, afin de permettre à l'enfant de suivre suffisamment ses cours à l'école. Pour le nombre d'heures de présence à l'atelier, il faut tenir compte des conditions physiques et intellectuelles, des conditions hygiéniques de l'atelier, variables suivant les cas. Les dispositions légales, pour l'âge et les conditions de travail pour les enfants, sont trop rigides, le nombre d'heures doit être considéré comme un maximum qui ne doit être atteint que dans certains métiers peu

fatigants, il ne faut pas perdre de vue que les jeux et distractions des enfants ne sont pas des plaisirs qu'on peut supprimer, mais des besoins physiologiques qui ont une grande importance, non seulement pour le développement physique harmonieux, mais aussi pour le maintien d'un bon équilibre psychique.

Les lois protectrices des enfants.

L'enfant au Pérou, soumis presque sans contrôle à la famille et à l'église, a été protégé surtout avec un critérium charitable. Ce n'est qu'en 1916 qu'on voit apparaître les premières dispositions qui règlent le travail de l'enfant et de la femme. Dans le code pénal de 1924 Il existe des prescriptions sur le traitement des mineurs, dont les dispositions ont été données plus sous l'influence de directives médicales que celles des jurisconsultes. Actuellement est en élaboration un code de mineurs, dont les principes généraux sont les mêmes que ceux des autres pays. Nous empruntons au D^r Ballon, président de la commission chargée de son élaboration, la description des lignes générales du nouveau code. Son objet est de continuer l'œuvre législative du code pénal en écartant le principe exclusiviste de la responsabilité, et du facteur subjectif. La science a transformé le droit pénal classique en droit correctionnel médico-social. Ainsi l'action privée et celle des sociétés de bienfaisance, purement philanthropique et rudimentaire, est remplacée par une œuvre tutélaire d'assistance sociale. L'œuvre tutélaire de l'enfant pour pouvoir être intégrale doit être unique,

comprenant tous les enfants quel que soit leur état. Cette œuvre d'assistance doit surveiller l'enfant dès la conception jusqu'à l'âge majeur, dans tous les moments de son existence et dans tous les aspects de sa vie intellectuelle et sociale. Cette action tutélaire se fera certaines fois sous forme préventive, d'autres fois sous l'aspect de réforme et correction médico-éducative, mais toujours sous la forme de protection et en tenant compte des causes pathologiques et des causes sociales. L'œuvre tutélaire ne serait pas complète si elle ne tenait pas compte de la mère, les liens biologiques d'abord et les liens affectifs, moraux et éducatifs plus tard, font que la protection de l'enfant et de la mère se confondent. Parallèlement le droit des mineurs doit régir le facteur de paternité, la législation comprendra les questions connexes en tâchant de ne pas envahir le droit familial, ni rien qui soit propre au droit civil commun.

Le code des mineurs du Pérou sera non seulement indépendant du code civil et du code pénal, mais réunira en un corps séparé de législation, en formant un tout organique, toutes les dispositions qui se trouvent dans ces codes, ainsi que les lois et les résolutions dispersées relatives aux enfants : comme mesures d'assistance sociale, orphelinats, maternités, pouponnières, cantines maternelles, travail des femmes et des enfants, spectacles, cinémas spécialement, sports, hygiène physique, mentale et morale y compris l'inspection des locaux et centres d'éducation, organisation, fonctionnement, classification, personnel, etc., etc.,

des établissements, patronats et institutions privées ou publiques, existant ou qui doivent être créés, pour l'œuvre tutélaire ou pour aider la protection et l'action des tribunaux propres aux mineurs, que demande le nouveau code. L'œuvre serait incomplète si elle ne tenait pas compte de l'enfant indigène, surtout en ce qui a trait à l'œuvre tutélaire d'assistance sociale aux mineurs, qui à ces caractères spéciaux doit unir ceux qui sont propres à l'enfant indigène, en tenant compte des caractéristiques de la famille indigène et des institutions juridiques d'où elle est sortie, de l'aspect communiste de la propriété dans ce qui a des rapports avec les enfants.

Les tribunaux des mineurs fonctionneraient, avec un nom qui indique leur caractère, dans les locaux de prévention et de réforme qui seront créés, sans aucun appareil judiciaire, ni insignes d'autorité, mais dans une ambiance familiale accueillante.

Les procédés, pour l'application de ces principes et du fonctionnement des tribunaux, seront aussi spéciaux et privatifs, sur la base d'investigations simples, rapides, médico-sociales et de liberté entendue, avec exclusion de tout élément de police violente ou de coercition.

Les tribunaux adopteront leurs accords avec un caractère exclusivement paternel et éducatif, en forme circonstancielle en individualisant chaque cas. La notion de ces principes exclue le caractère d'invariabilité, et demande au contraire, une révision périodique afin d'adopter les mesures à prendre aux résultats obtenus.

Conclusions

La mortalité infantile au Pérou, si elle reste dans les chiffres qu'on voit dans les pays civilisés, n'en est pas moins très élevée. La plupart des décès sont dus à des maladies évitables ; dans les premières années de la vie la tuberculose, la syphilis et les troubles gastro-intestinaux sont les facteurs les plus importants de mortalité. Dans la seconde enfance, la tuberculose dans les villes, le paludisme dans les régions rurales, le typhus exanthématique dans la sierra, aux endroits éloignés des centres, sont les causes principales des décès. Toutes ces maladies seraient influencées par une campagne sanitaire, plus intense qu'elle n'a été faite jusqu'aujourd'hui, d'une part une campagne d'éducation et d'autre l'application de mesures prophylactiques propres à chaque maladie. La politique sanitaire doit être orientée plus vers la prophylaxie que vers l'assistance des malades, avec une plus grande coordination des efforts.

Dans le régime, que l'on désigne sous le nom de régime tutélaire, le système actuel du Pérou n'est pas d'accord avec les idées modernes sur l'éducation des enfants. Il est souhaitable que dans les établissements

qui existent actuellement, le système de réclusion soit substitué par un autre, dans lequel la tutelle se rapprocherait le plus possible du foyer familial. Pour les enfants qui ont commis des actes antisociaux, l'application du système de la porte ouverte doit être précédé d'une recherche approfondie des causes de délits.

Au point de vue des lois protectrices, on avait indiqué la nécessité de la création d'un code de mineurs, de faire sortir du code pénal les chapitres relatifs aux mineurs, et le besoin d'une procédure médico-juridique propre dans les tribunaux des mineurs. Le régime tutélaire des enfants en état de danger doit appartenir aux organismes généraux de protection de l'enfance et non pas aux répartitions pénales du pays. Toutes ces lacunes sont comblées dans le nouveau code des mineurs actuellement en élaboration.

Vu : le Président de la thèse,

L. TANON.

Vu : le Doyen de la Faculté,

ROUSSY.

Vu et permis d'imprimer :
le Recteur de l'Académie de Paris,

S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

BAMBAREN. — Aspecto Medico Social de la Proteccion a la Madre. *Crónica Medica*, Lima, mai 1927.

BAMBAREN et LEZAMETA. — Iniciativas dentro del Regimen Tutelar del Perú. *Crónica Medica*, octobre 1933.

COLLIN (H.). — La Question des Antisociaux. *Bulletin de la Ligue d'H. Mentale*, 1923.

CALMETTE (A.). — Pratique et Résultats de la Vaccination par le B. C. G. en France. Paris, Masson, 1928.

DAVILA (F.). — El Delito de Aborto. *Crónica Medica*. Lima, août 1927.

EGO-AGUIRRE. — Mortalidad Infantil. Causas y modo de Evitarla. *Crónica Medica*, septembre 1931.

— Servicio Social en la Edad Pre-Escolar. *Crónica Medica*, mars 1923.

— Base de la Orgaisacion del Servicio Escolar. *Crónica Medica*, septembre 1931.

— Recién Nacidos Tuberculosis y B. C. G. *Crónica Medica*, novembre 1932.

— Orientaciones Medico-Sociales para la Defensa de la Infancia. *Crónica Medica*, juillet 1931.

EGO-AGUIRRE et BAMBAREN. — Orientación de la Organización de la Tutela de la Infancia en Estado de Peligro.

DAVILA (Fernandez). — Problemas Legales en la Lucha Antiveneriana. *Crónica Medica*, mai 1930.

ICHOC. — Hygiène Sociale. Paris, Rivière, 1925.

- KRUMDIECK. — Infeccion Tuberculosa del Niño en el Perú.
Crónica Medica, Lima, juillet 1931.
- OLACHEA. — Situación de la Sanidad y Asistencia en el Perú
(Birreynato y Republica.) *Crónica Medica*, Lima,
février et mars 1933.
- PÉRIODIQUES. — *Bolctin Sobre el Nino Peruano*. Lima. *Boletin
de Salubridad Publica del Ministerio de Fomento*.
Lima.
- SEBASTIAN LORENTE. — Protection de la Madre y el Niño en la
Actual Política Sanitaria. *Crónica Medica*. Lima,
décembre 1927.
- SICLAIR. — El peso de los Niños Sanos en Lima. *Crónica
Medica*. Lima, août 1930.
- YORI. — Estudio integral del escolar peruano. *Crónica Medica*.
Lima, janvier 1932.
- VILLANUEVA, GRANA, PATINO, SALCEDO. — Exposición de
motivos y proyecto de ley de salubridad pública.
Crónica Medica. Lima, janvier et février 1926.
-

